

DOI: 10.58490/ctjump.2026i97.4818

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN THẦN KINH TỰ CHỦ VÀ SỰ THAY ĐỔI CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG Ở BỆNH NHÂN PARKINSON

Lê Văn Minh¹, Lâm Tiên Uyên¹, Thạch Minh Khoa², Lê Đào Minh Anh^{3*}

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

3. Trường Đại học Nam Cần Thơ

*Email: anh921041@gmail.com

Ngày nhận bài: 17/3/2026

Ngày phản biện: 22/4/2026

Ngày duyệt đăng: 25/4/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn thần kinh tự chủ là biểu hiện ngoài vận động thường gặp ở bệnh Parkinson, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống, làm tăng nguy cơ té ngã, nhập viện và tử vong. Tuy nhiên, tại Việt Nam, các nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị rối loạn thần kinh tự chủ còn hạn chế. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá hiệu quả điều trị rối loạn thần kinh tự chủ và sự thay đổi chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân Parkinson. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 54 bệnh nhân Parkinson có rối loạn thần kinh tự chủ điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2023 đến năm 2025. **Kết quả:** Điểm chất lượng cuộc sống (PDQ-8) trung vị giảm từ 9 xuống 5 sau 3 tháng. Điểm đánh giá rối loạn thần kinh tự chủ (SCOPA-AUT) và (OHQ) giảm có ý nghĩa theo thời gian, rõ nhất ở nhóm có hạ huyết áp tư thế. **Kết luận:** Điều trị toàn diện Parkinson kết hợp quản lý rối loạn thần kinh tự chủ giúp cải thiện rõ rệt chất lượng cuộc sống và triệu chứng ngoài vận động.

Từ khóa: Parkinson, rối loạn thần kinh tự chủ, chất lượng cuộc sống, PDQ-8, SCOPA-AUT.

ABSTRACT

EFFECTIVENESS OF TREATMENT FOR AUTONOMIC DYSFUNCTION AND QUALITY OF LIFE CHANGES IN PARKINSON'S DISEASE PATIENTS

Le Van Minh¹, Lam Tien Uyen¹, Thạch Minh Khoa², Le Dao Minh Anh^{3*}

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Can Tho Central General Hospital

3. Nam Can Tho University

Background: Autonomic dysfunction is a common non-motor manifestation of Parkinson's disease, which markedly impairs quality of life and increases the risks of falls, hospitalization, and mortality. However, in Vietnam, studies evaluating the effectiveness of treatments for autonomic dysfunction remain limited. **Objectives:** To evaluate treatment effectiveness for autonomic dysfunction and its impact on quality of life in Parkinson's disease patients. **Materials and Methods:** A prospective observational study was conducted on 54 patients with Parkinson's disease and autonomic dysfunction treated at Can Tho Central General Hospital between 2023 and 2025. **Results:** The median PDQ-8 score decreased from 9 to 5 after 3 months. SCOPA-AUT and OHQ scores showed significant reductions over time, most prominently in patients with orthostatic hypotension. **Conclusions:** Comprehensive management of Parkinson's disease combined with appropriate treatment of autonomic dysfunction significantly improves quality of life and non-motor symptoms.

Keywords: Parkinson's disease, autonomic dysfunction, quality of life, PDQ-8, SCOPA-AUT.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Parkinson là bệnh thoái hóa thần kinh phổ biến thứ hai sau Alzheimer, đặc trưng bởi sự thoái hóa tế bào dopaminergic ở chất đen và tích tụ thể Lewy. Rối loạn thần kinh tự chủ (RLTKTC) bao gồm hạ huyết áp tư thế, rối loạn tiêu hóa, tiết niệu – sinh dục, điều nhiệt và tiết mồ hôi. Tại Việt Nam, tỷ lệ RLTKTC được báo cáo khoảng 80–85% khi sử dụng SCOPA-AUT [4]. Tuy nhiên, các nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị RLTKTC và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống còn rất hạn chế, đặc biệt liên quan đến tác động lên chất lượng cuộc sống của bệnh nhân Parkinson. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả điều trị RLTKTC và sự thay đổi chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân Parkinson.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân Parkinson đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 6 năm 2023 đến tháng 6 năm 2025.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh Parkinson theo tiêu chuẩn Ngân hàng não bệnh Parkinson Anh quốc [1].

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Mắc bệnh khác có biến chứng lên hệ thần kinh tự chủ như đái tháo đường, phì đại tuyến tiền liệt nặng và tăng nhãn áp. Bệnh nhân có bệnh thần kinh hệ thống khác ngoài Parkinson (ví dụ: teo đa hệ thống). Các bệnh lý tim mạch bao gồm suy tim, rối loạn nhịp tim, đặt máy tạo nhịp tim. Đang sử dụng một số nhóm thuốc có ảnh hưởng đến chức năng thần kinh tự chủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

- **Cỡ mẫu và chọn mẫu:**

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ trong quần thể.

$$n = \frac{Z_{\left(1-\frac{\alpha}{2}\right)}^2 \times p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

α là sai lầm loại I, chọn $\alpha = 5\%$; $\Rightarrow Z_{\left(1-\frac{\alpha}{2}\right)} = 1,96$; d là mức sai số chấp nhận, trong nghiên cứu này chúng tôi lấy $d = 0,08$; p là tỷ lệ rối loạn thần kinh tự chủ. Theo nghiên cứu của Zhou Zhou và cộng sự (2021) [2], tỷ lệ rối loạn thần kinh tự chủ ở bệnh nhân Parkinson là 91,3% nên chúng tôi chọn $p = 91,3\%$. Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu chúng tôi cần thu thập là 48. Thực tế chúng tôi thu thập được 54 mẫu.

Chọn mẫu thuận tiện trong thời gian nghiên cứu cho đến khi đủ số lượng mẫu nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ **Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu:** Tuổi khởi bệnh; Thời gian mắc bệnh; Tỷ lệ rối loạn thần kinh tự chủ; Tỷ lệ hạ huyết áp tư thế.

+ **Đánh giá hiệu quả điều trị RLTKTC và sự thay đổi chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân Parkinson:**

Phác đồ chung điều trị bệnh Parkinson: Phác đồ điều trị bệnh Parkinson bao gồm levodopa $\pm$ pramipexole.

Phác đồ điều trị rối loạn thần kinh tự chủ (hạ huyết áp tư thế): Điều trị hạ huyết áp tư thế bằng phương pháp không dùng thuốc dựa theo chứng cứ [7].

+ Kết quả điều trị rối loạn thần kinh tự chủ:

Kết cục chính: sự cải thiện điểm OHQ (Orthostatic Hypotension Questionnaire - OHQ) sau điều trị hạ huyết áp tư thế bằng phương pháp không dùng thuốc. Rối loạn thần kinh tự chủ được đánh giá bằng thang OHQ, đã được chứng minh độ tin cậy và khả năng lặp lại trong các nghiên cứu quốc tế [2], [7]

+ Sự cải thiện chất lượng cuộc sống:

Kết cục chính: sự cải thiện điểm chất lượng cuộc sống PDQ-8 sau điều trị.

Kết cục phụ: sự cải thiện điểm SCOPA-AUT

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện trong thời gian nghiên cứu cho đến khi đủ số lượng mẫu nghiên cứu.

- Phương pháp xử lý số liệu: Nhập liệu và xử lý số liệu nghiên cứu bằng phần mềm SPSS.

- Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua với phiếu chấp thuận số 23.298.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 12/4/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

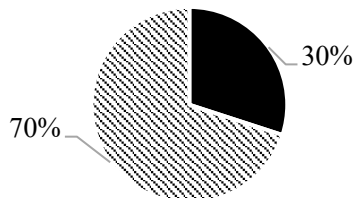
3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi khởi phát	Khởi phát sớm (21 đến <50 tuổi)	6	11,1
	Khởi phát muộn (≥ 50 tuổi)	48	88,9
Thời gian mắc bệnh	Ngắn (<5 năm)	28	51,9
	Dài (≥ 5 năm)	26	48,1
Tỷ lệ rối loạn thần kinh tự chủ	Một lĩnh vực	8	14,8
	Nhiều lĩnh vực	35	64,8
	Không	11	20,4
Hạ huyết áp tư thế	Có	13	24,1
	Không	41	75,9

Nhận xét: Mẫu nghiên cứu đa số khởi phát bệnh muộn (88,9%). Rối loạn thần kinh tự chủ gặp ở đa số bệnh nhân (79,6%). Tỉ lệ tụt huyết áp tư thế 24,1%.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị rối loạn thần kinh tự chủ



▪ Levodopa + điều trị không dùng thuốc ◊ Levodopa + pramipexole + điều trị không dùng thuốc

Biểu đồ 3. Điều trị kết hợp không dùng thuốc ở bệnh nhân hạ huyết áp tư thế có triệu chứng

Nhận xét: Trong 10 bệnh nhân hạ huyết áp tư thế có triệu chứng, có 3/10 bệnh nhân (30%) được điều trị levodopa kết hợp với phương pháp không dùng thuốc.

Bảng 2. Kết quả điều trị hạ huyết áp tư thế có triệu chứng bằng phương pháp không dùng thuốc (n=10)

Thang điểm đánh giá	Thời điểm bắt đầu nghiên cứu	Sau 7 ngày điều trị	Sau 1 tháng điều trị	Sau 3 tháng điều trị
Điểm OHQ	37,5 (31,3-52,5)	37,5 (31,0-52,0)	36,5 (29,3-51,0)*	33,5 (27,0-46,3)*

Nhận xét: Sau 1 tháng và 3 tháng điều trị, các điểm số này giảm có ý nghĩa thống kê với $p = 0,045$.

3.3. Đánh giá sự cải thiện chất lượng cuộc sống sau điều trị

Bảng 3. Sự cải thiện chất lượng cuộc sống sau điều trị ở bệnh nhân Parkinson có rối loạn thần kinh tự chủ (n=43)

Thang điểm đánh giá	Thời điểm bắt đầu nghiên cứu	Sau 7 ngày điều trị	Sau 1 tháng điều trị	Sau 3 tháng điều trị
PDQ-8	9 (7-10)	8 (7-10)**	7 (6-9)**	5 (3-6)**
SCOPA-AUT	14,21±5,93	14,19±5,94	13,91±5,68*	13,58±5,50*

Nhận xét: 43 bệnh nhân có RLTKTC được đưa vào phân tích hiệu quả điều trị có điểm PDQ-8 đều cải thiện có ý nghĩa thống kê sau 3 tháng điều trị với $p = 0,0038$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Tuổi khởi phát bệnh: Tuổi khởi phát bệnh trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $65,02 \pm 11,02$, nhỏ nhất là 40 tuổi và lớn nhất là 87 tuổi. Kết quả này mặc dù lớn hơn trong nghiên cứu của Võ Nguyễn Ngọc Trang ($55,82 \pm 9,83$) [3] và Zhou Zhou ($55,57 \pm 10,79$) [2], tuy nhiên cũng phù hợp với y văn khi phần lớn bệnh nhân Parkinson đều khởi phát bệnh muộn (≥ 50 tuổi).

Thời gian mắc bệnh: Thời gian mắc bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trung vị là 4 năm với tứ phân vị là 3 năm, thời gian mắc bệnh ngắn nhất là 1 năm, dài nhất là 16 năm. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Lê ($8,13 \pm 4,39$ năm) [5]. Sự khác biệt chủ yếu là do độ tuổi trung bình cũng như số lượng mẫu và tiêu chuẩn chọn mẫu giữa các nghiên cứu khác nhau, như trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Bích Lê nghiên cứu các bệnh nhân Parkinson trong giai đoạn trung bình và nặng nên thời gian mắc bệnh ở nhóm này sẽ kéo dài hơn.

Rối loạn thần kinh tự chủ: Kết quả của chúng tôi cho thấy phần lớn (64,8%) bệnh nhân bị ảnh hưởng từ hai lĩnh vực thần kinh tự chủ trở lên. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Stewart: tại thời điểm ban đầu, có đến 92% bệnh nhân Parkinson RLTKTC từ hai lĩnh vực trở lên dựa theo thang điểm SCOPA-AUT, sau 5 năm tỷ lệ này tăng lên đến 96% và cuối cùng sau 7 năm theo dõi tỷ lệ này lên đến 99% [8].

Hạ huyết áp tư thế: Tỷ lệ hạ huyết áp tư thế (HATT) trong nghiên cứu của chúng tôi là 24,1%. Nghiên cứu của Velseboer [9], phân tích tổng hợp 25 nghiên cứu đã ước tính tỷ lệ hạ HATT trung bình ở bệnh Parkinson khoảng 30%. Sự khác biệt về tỷ lệ hiện mắc có thể bắt nguồn từ nhiều yếu tố, bao gồm tiêu chí chọn mẫu, quần thể nghiên cứu, thiết kế nghiên cứu (cắt ngang so với nghiên cứu dọc), tiêu chuẩn dùng để định nghĩa hạ HATT, và phương pháp đo huyết áp.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị rối loạn thần kinh tự chủ

Về hiệu quả điều trị, chúng tôi ghi nhận sự cải thiện đáng kể điểm chất lượng cuộc sống sau 3 tháng. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước cho thấy điều trị dopaminergic giúp cải thiện khả năng vận động và từ đó cải thiện chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân Parkinson [1], [6]. Tuy nhiên, mức độ cải thiện của các thang điểm đánh giá rối loạn thần kinh tự chủ tương đối khiêm tốn. Điều này có thể được giải thích bởi cơ chế bệnh sinh khác biệt giữa triệu chứng vận động và rối loạn thần kinh tự chủ. Trong khi liệu pháp dopaminergic chủ yếu tác động lên đường dẫn truyền dopaminergic, các rối loạn thần kinh tự chủ liên quan đến tổn thương lan rộng của hệ thần kinh tự chủ trung ương và ngoại biên, do đó đáp ứng điều trị thường hạn chế hơn [7].

Đối với hạ huyết áp tư thế, việc áp dụng các biện pháp không dùng thuốc cho thấy hiệu quả cải thiện có ý nghĩa theo thời gian. Kết quả này phù hợp với các khuyến cáo hiện nay, trong đó các biện pháp không dùng thuốc được xem là nền tảng trong quản lý hạ huyết áp tư thế ở bệnh nhân Parkinson [7]. Tuy nhiên, do chưa có ngưỡng thay đổi tối thiểu có ý nghĩa lâm sàng rõ ràng đối với thang điểm OHQ, việc đánh giá hiệu quả điều trị vẫn còn phụ thuộc vào tiêu chí của từng nghiên cứu, gây khó khăn trong so sánh kết quả giữa các nghiên cứu.

4.3. Đánh giá sự cải thiện chất lượng cuộc sống sau điều trị

Chúng tôi ghi nhận chất lượng cuộc sống (theo điểm PDQ-8) của bệnh nhân được cải thiện đáng kể. Điểm PDQ-8 trung vị giảm dần từ 9 (ban đầu) xuống 8 (sau 7 ngày), 7 (sau 1 tháng) và 5 (sau 3 tháng). Sự giảm điểm này có ý nghĩa thống kê từ mốc 7 ngày trở đi (Wilcoxon test với $p < 0,05$). Nhiều nghiên cứu trước cũng chỉ ra mối liên hệ chặt giữa kiểm soát triệu chứng vận động và cải thiện chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân Parkinson. Tác giả Merola nhận thấy bệnh nhân Parkinson có nhiều RLTKTC thì điểm PDQ-8 xấu hơn hẳn, tức muốn nâng cao chất lượng sống cần kiểm soát cả triệu chứng vận động lẫn thần kinh tự chủ [10].

Điểm SCOPA-AUT trung bình gần như không thay đổi sau 7 ngày (14,19 so với 14,21 ban đầu), nhưng giảm nhẹ ở tháng 1 (13,91) và tháng 3 (13,58); mức giảm này đạt ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), song chỉ tương đương 4,4% tổng điểm ban đầu, cho thấy cải thiện rất khiêm tốn. Nguyên nhân là do liệu pháp dopaminergic gần như chỉ cải thiện triệu chứng vận động, ít ảnh hưởng đến các triệu chứng thần kinh tự chủ. Thực tế, ngay cả levodopa hoặc pramipexole có thể làm nặng thêm hạ HATT. Chúng tôi hướng dẫn kết hợp các điều trị không dùng thuốc cho 10 bệnh nhân hạ HATT có triệu chứng, điều này góp phần làm giảm thêm điểm SCOPA-AUT nhưng không đáng kể. Nhìn chung, kết quả phù hợp nhận xét rằng RLTKTC ít đáp ứng với dopaminergic đơn thuần và cần can thiệp hỗ trợ [2]; nếu bỏ qua, rối loạn này sẽ tiếp tục gây suy giảm chất lượng sống bất chấp kiểm soát vận động, như Merola từng cảnh báo [10].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 54 bệnh nhân Parkinson điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ cho thấy rối loạn thần kinh tự chủ là tình trạng phổ biến, trong đó rối loạn nhiều lĩnh vực chiếm tỷ lệ cao và hạ huyết áp tư thế gặp ở khoảng một phần tư bệnh nhân. Sau 3 tháng điều trị, các chỉ số đánh giá cho thấy sự cải thiện về triệu chứng vận động và chức năng thần kinh tự chủ, đồng thời chất lượng cuộc sống của người bệnh cũng được cải thiện về mặt thống kê. Điều trị không dùng thuốc góp phần làm giảm mức độ và ảnh hưởng sinh hoạt của triệu chứng hạ huyết áp tư thế. Những kết quả này cho thấy việc nhận diện và can

thiệt sớm các rối loạn thần kinh tự chủ có ý nghĩa trong cải thiện tình trạng lâm sàng và chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân Parkinson.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin chân thành cảm ơn Trường Đại học Y Dược Cần Thơ đã hỗ trợ kinh phí thực hiện đề tài theo Quyết định giao tổ chức thực hiện đề tài khoa học và công nghệ cấp Trường đợt 2 năm 2024 theo Quyết định số 4624/QĐ-ĐHYDCT ngày 18 tháng 12 năm 2024.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Armstrong MJ, Okun MS. Diagnosis and Treatment of Parkinson Disease: A Review. *JAMA*. 2020. 323(6), 548–560. doi:10.1001/jama.2019.22360.
 2. Zhou Z, Zhang X, et al. Characteristics of autonomic dysfunction in Parkinson's disease: a large Chinese multicenter cohort study. *Front Aging Neurosci*. 2021. 13, 680045. doi:10.3389/fnagi.2021.680045.
 3. Võ Nguyễn Ngọc Trang, Nguyễn Hữu Công, Trần Công Thắng. Đánh giá mức độ rối loạn thần kinh tự chủ trên bệnh Parkinson và teo đa hệ thống. Luận án Tiến sĩ Y học. Đại học Y Dược TP.HCM. 2022.
 4. Nguyễn Thị Thùy Linh, Nguyễn Thị Kim Liên, Nguyễn Thanh Bình. Rối loạn nuốt và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân Parkinson giai đoạn muộn. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022. 519(1). <https://doi.org/10.51298/vmj.v519i1.3527>.
 5. Nguyễn Thị Bích Lệ, Nguyễn Văn Liệu. Một số triệu chứng ngoài vận động ở người bệnh Parkinson giai đoạn trung bình và nặng. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024. 533(1), 156–161. <https://doi.org/10.51298/vmj.v533i1.7733>.
 6. Diep DT, Le VM, et al. Levodopa and pramipexole combination therapy efficacy in Vietnamese patients with Parkinson's disease: a randomized controlled trial. *Russian Open Medical Journal*. 2024. 13(1), 0101. doi:10.15275/rusomj.2024.0101.
 7. Palma JA, Thijs RD. Non-Pharmacological Treatment of Autonomic Dysfunction in Parkinson's Disease and Other Synucleinopathies. *J Parkinsons Dis*. 2024. 14(S1), S81–S92. doi:10.3233/JPD-223593.
 8. Stewart CB, Lang AE, et al. The longitudinal progression of autonomic dysfunction in Parkinson's disease: a 7-year study. *Front Neurol*. 2023. 14, 1134562. doi:10.3389/fneur.2023.1134562.
 9. Velseboer DC, de Haan RJ, et al. Prevalence of orthostatic hypotension in Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Parkinsonism Relat Disord*. 2011. 17(10), 724–729. doi:10.1016/j.parkreldis.2011.06.009.
 10. Merola A, Romagnolo A, et al. Autonomic dysfunction in Parkinson's disease: A prospective cohort study. *Mov Disord*. 2018. 33(3), 391–397. doi:10.1002/mds.27147.
-